



# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO

Año Escolar: 2023–2024

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

**¿Alergias?** **Sí o no**

En caso afirmación:

¿Le recetan un EpiPen? **Sí o no**

¿Autotransporte/administración? **Sí o no**

**¿Asma?**

En caso afirmativo:

¿Le recetan un inhalador? **Sí o no**

¿Autotransporte/administración? **Sí o no**

**¿Diabetes?** **Sí o no**

¿Dependiente de insulina? **Sí o no**

**¿Trastorno Convulsivo?** **Sí o no**

Es Así, ¿tiene un medicamento de rescate? **Sí o no**

**Autorizo que los siguientes medicamentos sean administrados durante el horario escolar por miembros autorizados del personal. (Círculo Sí o No para cada opción)**

- Analgésico de venta libre **Sí o no**
- Crema contra la picazón **Sí o no**
- Gotas para la tos **Sí o no**
- TUMS (antiácidos) **Sí o no**
- Benadryl (solo para reacciones alérgicas) **Sí o no**



Si su hijo está tomando medicamentos actualmente, por favor indícalos aquí (para todos los medicamentos recetados administrados en la escuela se requiere una orden del médico) conserve una copia o pídale al consultorio del PCP de su hijo/a que la envíe por fax al 401-216-8091. **NO SE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS SIN CONSENTIMIENTO ESCRITO EN EL ARCHIVO.**

Nombre(s) de los medicamentos recetados	Dosis y frecuencia	¿Se debe administrar en la escuela?
		Sí o no
		Sí o no
		Sí o no
		Sí o no

**\*\*NO SE ADMINISTRARÁ NINGÚN MEDICAMENTO SIN EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO\*\***

Nombre del pediatra de atención primaria: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del pediatra/PCP: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

¿Está al día con todas las vacunas requeridas por la escuela? Sí o no

Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna otra información médica pertinente que Ocean State Academy deba tener en cuenta?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha